

Année 1956

N°
676

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DESBANS Roger Octave

Né le 16 Janvier 1925 à PARIS (11ème)

Présentée et soutenue publiquement le 1956

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FISTULES SALIVAIRES
D'ORIGINE PAROTIDIENNE

Président : Monsieur le Professeur M. DECHAUME

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : DESBANS

Prénoms : Roger, Octave

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

DESBANS (Roger, Octave)
Contribution à l'étude des
fistules salivaires d'origine
parotidienne.
*Paris, Impressions Latour-
Maubourg, 1956, in 4°, 38 p.,
2 pl. h. t.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1956,
N°)*

2

DESBANS (Roger, Octave)
Contribution à l'étude des
fistules salivaires d'origine
parotidienne.
*Paris, Impressions Latour-
Maubourg, 1956, in 4°, 38 p.,
2 pl. h. t.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1956,
N°)*

3

DESBANS (Roger, Octave)
Contribution à l'étude des
fistules salivaires d'origine
parotidienne.
*Paris, Impressions Latour-
Maubourg, 1956, in 4°, 38 p.,
2 pl. h. t.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1956,
N°)*

4

DESBANS (Roger, Octave)
Contribution à l'étude des
fistules salivaires d'origine
parotidienne.
*Paris, Impressions Latour-
Maubourg, 1956, in 4°, 38 p.,
2 pl. h. t.
(Th. méd. (Et.), Paris, 1956,
N°)*

Année 1956

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DESBANS Roger Octave

Né le 16 Janvier 1925 à PARIS (11e)

Présentée et soutenue publiquement le

1956

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FISTULES SALIVAIRES

D'ORIGINE PAROTIDIENNE

Président : Monsieur le Professeur M. DECHAUME

Impressions LATOUR-MAUBOURG
17bis, Passage Jean Nicot PARIS (7e)

Faculté de Médecine de Paris

Année 1886

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(option d'état)

par

Bernard Roger Delav

né le 18 Janvier 1855 à Paris (14)

1886

Présenté par l'auteur



RECHERCHES SUR L'ÉTAT DES FIÈVRES ÉCARLÉES

PAR M. DELAV

Président : Monsieur le Professeur H. DECHAMP

Imprimerie de la Faculté de Médecine
Paris, 1886, chez M. Delav (14)

DOYEN HONORAIRE : M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD (I.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	N ...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N ...
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.F.)
	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	N ...
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
	N ...
Cliniques médicales (Bichat	N ...
	MOREAU (R.)
	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	
	BOULIN (R.)
Cliniques obstétricales (Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	N ...
	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Baudelocque	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Port-Royal	AUBIN (A.)

Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N ...
Histologie	N ...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DELMAS (A.), pr.s.ch. (DEBEYRE (J.) (OLIVIER (N ...
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) (pr.s.ch. (BUSSER (F.) (GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	(NEVOT (A.) (N ...
Biochimie médicale	(ETTORI (J.), pr.s.ch. (N ... (N....
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	(BULLIARD (H.), pr.s.ch. (N ... (...

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Hydrologie	N ...
Hygiène	(BOYER (J.), pr.s.ch. (DEPARIE (M.), pr.s.ch.
Maladies infectieuses	N ...
Médecine légale et du travail	(DEROBERTE (L.), pr.s.ch (GAULTIER (M.) (HADENGUE (A.) (N ...
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	N ...
Obstétrique	(GRASSET (J.) (LEPAGE (F.) (MERGER (R.) (MORIN (P.) (RAVINA (J.) (N ... (N ..
Ophthalmologie	(DESVIGNES (P.) (N ...
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	(AUBRY (M.) (MADURO (R.)
Parasitologie	(CHABAUD (A.) (N ...
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER (P.) (BAUMANN (J.) (GOSSET (J.) (LAURENCE (G.) (LORTAT-JACOB (J.) (OLIVIER (Cl.) (POILLEUX (F.) (VERNE (J.M.) (N ... (N ... (N ... (N ... (N ... (N ... (N ... (N ...
Pathologie expérimentale	(N .. (N ...
Pathologie médicale	(BERNARD (J.) (BOUDIN (G.) (CASTAIGNE (P.) (CONTE (M.) (DOMART (A.) (LAMOTTE (M.)

	(LAROCHÉ (Cl.))
	(MILLIEZ (P.))
	(PEQUIGNOT (H.))
	(PERRAULT (M.))
	(RAMBERT (P.))
	(THIEFFRY (St.))
Pathologie médicale	(TURIAT (J.))
	(N ...)
	(N ...)
	(N ...)
	(N ...)
	(N ...)
	(N ...)
	(N ...)
	(JOSEPH (R.))
Pédiatrie	(N ...)
	(N ...)
Pharmacologie	(CHEYMOL (J.)), pr.s.ch.
	(LEVY (Mlle J)) pr.s.ch.
	(BARJETON (D.)), pr.s.ch.
Physiologie	(PARROT (J.)), pr.s.ch.
	(DEJOURS (P.))
Physique médicale	(DJOURNO (A.)), pr.s.ch.
	(GOUGEROT (L.))
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	N ...
Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N ...
Stomatologie	(CHAFUT (Mme A.))
	(CERNEA (P.))
Thérapeutique	N ...
Urologie	KUSS (R.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	(AMELINE (A.))
	(HUGUIER (J.))
	(LEGER (L.))
Clinique chirurgicale	(PADOVANI (P.))
	(PATEL (J.))
	(ROUX (M.))
	(RUDLER (J.C.))
	(SICARD (A.))
	(BROUET (G.))
	(N ...)
Clinique médicale	(DECOURT (J.))
	(DREYFUS (G.))
	(FAUVET (R.))

	(HAGUENAU (M.) pr.s.ch.
	(HAMBURGER (J.)
Clinique médicale	(KOURILSKY (R.)
	(MARCHAL (G.)
	(SOULIE (E.)
	(ESCALLE (G.)
Clinique obstétricale	(MAYER (M.)
	(VARANGOT (J.)
	(OFFRET (G.)
Clinique ophtalmologique	(RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)
Secrétaire général de la Faculté	M.MOREL (J.)
Secrétaire	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur, chargé de la direction	M.le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Melle GOICHON
	(Melles DUMAITRE (P.),
Bibliothécaires	(LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
	(QUIEVREUX (E.)

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

en faible témoignage d'affection et de reconnaissance.

A ma soeur.

A mon frère,

A tous les miens,

A mes amis.

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Michel DECHAUME

Professeur de clinique stomatologique à la
Faculté de Médecine de Paris.
Stomatologiste de l'Hopital de la Pitié,
Officier de la Légion d'Honneur,
Médaille Militaire,
Croix de Guerre 1914-1918

qui nous a inspiré le sujet de cet
ouvrage et nous a fait le grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Maurice GRÉLLET

Stomatologiste des Hôpitaux

qui nous a guidé dans la
réalisation de ce travail.

A Monsieur le Docteur Pierre HENNION

Stomatologiste des Hôpitaux

dont l'enseignement et les
conseils m'ont toujours été
d'un grand secours.

A Monsieur le Docteur Charles DESCROZAILLES

Stomatologiste des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur Jean CAUHEPE,

Stomatologiste de l'Hôpital Bretonneau,
Professeur d'Orthopédie dento-faciale à l'Institut de Stomatologie de la
Faculté de Médecine de Paris,

Avec toute notre gratitude
pour l'enseignement qu'il
nous a donné.

A tous nos maitres de l'Institut de Stomatologie de la Faculté de Médecine de
Paris.

A tous nos maitres de la Faculté de Médecine de Paris.

A Monsieur le Docteur Raymond JODIN,

dont les conseils m'ont toujours
été d'un précieux secours durant
mes études médicales.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES FISTULES SALIVAIRES
D'ORIGINE PAROTIDIENNE

INTRODUCTION

Une fistule salivaire est le trajet anormal et permanent livrant passage à la salive et mettant en communication les voies salivaires avec l'extérieur.

Les fistules salivaires peuvent être cutanées ou muqueuses. Seules les fistules cutanées sont intéressantes à étudier. En effet, les fistules muqueuses intra-buccales ne donnent lieu à aucun phénomène pathologique. Elles ne présentent d'intérêt que dans la mesure où leur réalisation est possible en vue d'un but thérapeutique employé à la cure des fistules cutanées.

Ces fistules cutanées pratiquement sont d'origine parotidienne. En effet, leur situation superficielle et juxta-osseuse les exposent volontiers au traumatisme et à l'infection. Les autres glandes salivaires sont anatomiquement mieux protégées et ne donnent de fistules qu'exceptionnellement.

Ceci ramène notre étude aux seules fistules parotidiennes à abouchement cutané. Celles-ci peuvent faire communiquer le plan cutané soit avec le parenchyme glandulaire, soit avec un canal secondaire, soit avec le canal de Sténon. Signalons que de telles fistules sont d'une rareté relative par rapport à la fréquence des plaies de la face.

L'écoulement salivaire sur les plans cutanés entraîne une gêne variable, parfois considérable. Le renouvellement des pansements absorbants nécessite des soins répétés. De ce fait, de telles fistules réalisent une très désagréable infirmité s'accompagnant fréquemment d'un retentissement psychique. D'où l'intérêt apporté à leur traitement. Celui-ci est souvent long et délicat et sa difficulté se mesure au nombre des méthodes apportées à leur traitement.

HISTORIQUE

La littérature médicale montre que ces fistules sont connues depuis fort longtemps.

Jusqu'au XVII^e siècle, leur origine salivaire fut méconnue. Hippocrate Gallien, Ambroise Paré, Fabrice d'Aquapendente en ont décrit mais ne les rapportent pas à une origine salivaire.

En 1660, Stenon décrit le canal excréteur de la glande parotide, voie d'excrétion salivaire, ce qui permit, dès lors, de rattacher ces fistules à leur véritable origine. De nombreuses thérapeutiques furent alors préconisées.

Successivement, on a vu naître des méthodes agissant sur l'orifice fistuleux puis, les connaissances anatomiques se précisant, des méthodes essayant d'établir une dérivation salivaire, enfin des méthodes à tendance physiologique et réparatrice, les premières cherchent à tarir la sécrétion glandulaire, les secondes visent à un rétablissement de la continuité canaliculaire par suture terminotermi- nale.

Ces diverses méthodes seront étudiées ultérieurement.

ETIOLOGIE

La situation superficielle et juxta-osseuse de la glande et des canaux excréteurs l'expose à de nombreux traumatismes; ces traumatismes sont, pour une grande part, à l'origine de ces fistules. Ils peuvent être :

- soit accidentel extra ou intra buccal
- soit thérapeutique lors d'une incision d'abcès, d'une intervention sur une tumeur.

D'autres étiologies peuvent être invoquées. Ce sont :

- des causes inflammatoires

- abcès ganglionnaire intra ou juxta parotidien,
- abcès glandulaire, compliquant le plus souvent une lithiase, parfois abcès d'origine tuberculeuse,
- mastoïdite.

Citons l'observation de Lang où la fistule est due à une gomme syphilitique.

- des causes tumorales rares

- tumeurs bénignes et malignes de la glande,
- tumeurs de la sphère buccale.

Plusieurs causes peuvent s'intriquer. C'est ainsi qu'une fistule traumatique infectée d'emblée guérit parfois sans autre thérapeutique que la suppression de l'infection.

ANATOMIE

LE CANAL DE STENON

C'est un conduit à parois épaisses, blanchâtres, légèrement aplati mesurant 4 à 5 cm de long, 3 à 4 mm de diamètre.

Il naît dans l'épaisseur de la parotide, tantôt par deux troncs, l'un supérieur, l'autre inférieur, tantôt par un seul tronc collecteur qui se porte à travers la glande obliquement en haut et en avant.

Il apparaît au bord antérieur de la glande, un peu au-dessus de sa partie moyenne à 15 mm environ au-dessous de l'arcade zygomatique. Il chemine alors presque parallèlement à celle-ci sur la face externe du masseter dans un dédoublement de l'aponévrose masseterine. Il est accompagné par l'artère transversale de la face située au dessus de lui et par des rameaux de division du nerf facial situés les uns au dessus, les autres au dessous de lui. Au bord antérieur du masseter, il s'est rapproché légèrement de l'arcade zygomatique, 1 cm l'en sépare. Il contourne de dehors en dedans ce bord antérieur ainsi que la boule graisseuse de Bichat. Il chemine là dans un dédoublement du feuillet aponévrotique qui recouvre cette masse. Il atteint ainsi le buccinateur sur lequel il chemine d'arrière en avant sur quelques millimètres, puis perfore le muscle obliquement de dehors en dedans et d'arrière en avant, puis il glisse d'arrière en avant sous la muqueuse sur une étendue de 5 à 6 mm et s'ouvre dans le vestibule buccal par un étroit orifice en forme de fente dont la situation n'est pas absolument fixe suivant les individus, le plus souvent un peu en avant du collet de la dent de 12 ans supérieure.

La projection cutanée se fait suivant une horizontale menée du lobe de l'oreille à l'aile du nez. Une ligne menée suivant la ligne tragus commissure labiale croisant en X allongé la direction du canal est sûre de le repérer. Ces deux lignes se croisent au bord antérieur du masseter.

Telles sont les données anatomiques classiques. Les derniers travaux anatomiques et les données fournis par la sialographie ont montré d'une part des variations dans l'abouchement de canalicules accessoires sur le canal principal, d'autre part des dispositions anatomiques variables dans la portion proximale du canal de Stenon. Mais le nombre et la diversité de ces dispositions n'ont pas permis de les systématiser.

Cependant, il est bon d'avoir la notion de ces variations présente à l'esprit lors du traitement des fistules salivaires.

LE NERF AURICULO TEMPORAL

Il nous intéresse au point de vue de l'innervation sécrétoire de la parotide.

Se détachant du tronc terminal postérieur du trijumeau par deux racines embrassant l'artère méningée moyenne, le nerf auriculo temporal rencontre immédiatement le col du condyle du maxillaire inférieur qu'il contourne et pénètre alors obliquement dans la parotide à laquelle il est fixé par des tractus conjonctifs. Se redressant alors, il monte en avant du conduit auditif externe après avoir croisé la veine et l'artère temporales superficielles et se bifurque un peu plus haut pour se distribuer à la peau de la région temporale.

On peut diviser le nerf auriculo temporal en 3 segments.

- De sa naissance à son entrée dans la parotide, il reçoit des filets du ganglion otique. Ce sont eux qui contiennent les fibres excito-sécrétoires. Il émet des filets vasculaires allant à la méningée moyenne et à la maxillaire interne et qui renferment le plexus sympathique periaortiel, enfin des filets pour le dentaire inférieur et l'artéculatio temporo maxillaire. Dirigé d'avant en arrière et de dedans en dehors, le nerf est placé au-dessus de la maxillaire interne.

- Dans son trajet parotidien, naissent en arrière du condyle, plusieurs filets formant fréquemment ensemble un plexus d'où partent des filets destinés à la parotide; ce sont les filets sécréteurs.

- Dans son trajet temporal, le nerf auriculo temporal s'épanouit en de nombreux filets qui se distribuent à la peau de la région.

Le nerf auriculo temporal est formé de trois sortes de fibres :

- Des fibres parasympathiques - Elles viennent du centre salivaire inférieur situé en arrière du noyau moteur du glosso-pharyngien en pleine substance réticulée à la partie supérieure du bulbe. Ces fibres se terminent au ganglion otique qu'elles rejoignent par le nerf de Jacobson puis le nerf petit pétreux profond.

Les fibres post ganglionnaires vont du ganglion otique au nerf auriculo temporal par un rameau communiquant.

- Des fibres sympathiques - Elles proviennent du plexus de l'artère méningée moyenne. Ces fibres vont au ganglion otique, le traversent sans s'interrompre, puis de là rejoignent le nerf auriculo temporal. Ces fibres naissent au niveau du ganglion semi-lunaire de Gasser.

- Des fibres exclusivement sensibles recueillent la sensibilité de la région temporale et vont au ganglion de Gasser.

Les fibres somatiques sont avec myéline.

Les fibres parasympathiques post ganglionnaires ont peu de myéline.

Les fibres sympathiques sont sans myéline.

C'est dans le segment preparotidien que le nerf reçoit le rameau anastomotique provenant du ganglion otique par lequel arrivent les fibres parasymphatiques post ganglionnaires, fibres excito sécrétrices de la parotide.

C'est ainsi que le stimulus excito sécrétoire, originaire du centre salivaire inférieur arrive à la parotide selon ce trajet : tronc du glosso-pharyngien, nerf de Jacobson, nerf petit petreux profond, ganglion otique, nerf auriculo temporal.

Rappelons quelques anastomoses de ce nerf.

Il émet, dans le segment preparotidien, quelques filets pour le dentaire inférieur, lequel échange des fibres avec le lingual et le grand hypoglosse. Le lingual, d'autre part, recueille, par l'intermédiaire de la corde du tympan, des fibres parasymphatiques destinées aux ganglions sous maxillaire et sublingual.

Dans le segment intra parotidien, il échange des fibres avec le facial, le grand hypoglosse et le lingual.

La parotide reçoit aussi une innervation sympathique.

Outre les fibres sympathiques qui lui parviennent par le nerf auriculo temporal, d'autres fibres sympathiques lui parviennent, d'une part par l'intermédiaire du lingual, d'autre part, par les racines antérieures de la moelle de la deuxième à la sixième vertèbre cervicale sortent des fibres sympathiques preganglionnaires qui remontent ensuite la chaîne caténaire jusqu'au ganglion cervical supérieur. De ce ganglion partent les fibres post ganglionnaires rejoignant la glande en suivant les plexus périartériels.

PHYSIOLOGIE

Mikulicz expérimentant chez l'homme remarque qu'au cours de la nuit une fistule du Stenon ne ramène que quelques centimètres cube de salive alors qu'au cours des repas cette sécrétion est très abondante.

La sécrétion parotidienne est intermittente; elle est commandée par un appareil nerveux réalisant un arc reflexe comprenant des centres des voies centrifuges des voies centripètes.

LES CENTRES -

Ils siègent dans la région bulbaire, une section bulbo-protubérantielle ne supprime pas la salivation reflexe.

La section du nerf auriculo temporal tarit presque complètement la glande, la section du sympathique la supprime alors totalement.

Il existe donc deux centres salivaires bulbaires : l'un parasympathique, de beaucoup le plus important, et l'autre sympathique. Le centre parasympathique situé au voisinage du noyau moteur du glosso pharyngien a déjà été vu lors de l'étude du nerf auriculo temporal.

Les centres sympathiques sont beaucoup moins bien connus.

LES VOIES CENTRIFUGES -

Elles sont doubles : parasympathiques et sympathiques. Elles ont été étudiées avec l'innervation de la parotide.

L'action du contingent parasympathique est bien démontrée par l'arrachement du nerf auriculo temporal. D'autre part, au cours de névralgies du glosso pharyngien, des sialorrhées très abondantes ont été signalées.

Ce contingent sympathique semble avoir peu d'action sur la sécrétion parotidienne; l'excitation du ganglion cervical supérieur n'amène que peu de modification du flux salivaire

Cependant, la pathologie ne confirme pas toujours cette donnée. Creyx et Levy ont décrit des syndromes ou des lésions des vertèbres cervicales, lieu d'émergence des fibres sympathiques à destinée salivaire s'accompagnaient de troubles de la salivation outre les troubles cervicaux.

LES VOIES CENTRIPETES ET LEURS EXCITANTS

Les excitants -

Dans la sphère buccale, la nature des excitants est multiple, chimique, physique, mécanique et psychique.

- Chimique par action sur les papilles du goût. La salivation déclenchée est adaptée à la nature de la substance.
- Physique - surtout le degré de siccité entre en jeu.
- Mécanique - due aux mouvements de mastication.
- Psychique - étudiée par Pavlov est due à des reflexes conditionnés.

D'autres excitants peuvent provoquer la salivation au niveau de l'oesophage, de l'estomac du colon. C'est ainsi que des reflexes oesophago et gastro-salivaires ont été décrits.

Cliniquement, plusieurs cas de sialorrhée ont été rapportés au cours d'affection gastro-intestinale, cardiopasme, helminthiase des enfants, ainsi qu'au cours de coliques intestinales.

Les voies -

Au niveau de la cavité buccale trois voies sont possibles aux excitations d'ordre physique :

- La voie gustative provient de la muqueuse linguale qui, par les papilles gustatives, reçoit et transmet les excitations. Leur innervation est fournie par le nerf lingual pour les deux tiers antérieur de la langue et par le nerf glosso pharyngien pour le tiers postérieur.
- La voie de la sensibilité générale de la muqueuse buccale emprunte différents trajets, principalement les nerfs buccal dentaire inférieur, dentaire antérieur, palatin, ainsi que le glosso pharyngien et le pneumogastrique pour une partie de la sensibilité du voile du palais et du pharynx.
- La voie de la sensibilité musculaire et arthrocinétique a un trajet discuté. Pour Winckler, il serait celui de la branche motrice du trijumeau avec relais dans la racine mésencéphalique de ce nerf, les mouvements de mastication provoquant l'excitation de ces fibres. L'activité musculaire isolée des joues, de la langue, du pharynx, n'amène pas de sécrétion salivaire (Lewis et Morrison).

Si la mastication est unilatérale, la sécrétion l'est aussi. Ceci est facilement mis en évidence chez le cheval qui mastique alternativement de chaque côté.

L'arc reflexe obtenu par les excitations buccales est bulboprotuberantielle, son temps de latence varie suivant le point de départ. Allen a montré que la parotide répondait aux stimuli de la même manière que les muscles striés devant une excitation croissante.

Les excitants psychiques donnant naissance à une sécrétion parotidienne agissent par reflexe conditionné. Le cortex cérébral est indispensable à l'obtention d'un tel reflexe.

La destruction au niveau du cortex de la zone auditive abolit le reflexe conditionné au son, alors que les reflexes conditionnés, faisant appel à un excitant autre que l'auditif, persistent. Les excitants de la sécrétion salivaire portant sur le tractus digestif empruntent le pneumogastrique. La section du pneumogastrique supprime le reflexe oesophagosalivaire.

ROLE DE LA SALIVE PAROTIDIENNE

Ce rôle est multiple.

Dans l'alimentation, la salive intervient par l'intermédiaire de différents phénomènes, les uns d'ordre physique, les autres d'ordre chimique.

Phénomènes physiques -

Elle humidifie les aliments secs, les ramollit, participe à la formation du bol alimentaire, le lubrifie. Elle dilue, dissout les substances sapides.

Phénomènes chimiques -

Rôle des enzymes, de la ptyaline, des phosphatases. D'autre part, la salive protège, nettoie la muqueuse buccale. Du fait de son pouvoir tampon, elle maintient un équilibre acido basique agissant sur les acides par les carbonates, sur les alcalins par les phosphates. Ce rôle de protection est renforcé par la présence de principes antibactériens : les inhibines et le lysozyme.

Enfin, la salive joue le rôle d'émonctoire, de nombreuses substances s'éliminant par son intermédiaire. Les ions métal ont un tropisme particulier pour la parotide. Citons le bismuth, le mercure, le plomb, l'iode, les iodures, l'or.

CLASSIFICATION

Elle doit tenir compte, en premier lieu, du siège de la lésion, puis de sa nature, de son ancienneté, de son degré d'infection.

Son siège : une fistule peut siéger en n'importe quelle partie de la glande ou de son canal excréteur. La lésion peut atteindre la glande elle-même amenant alors une fistule glandulaire ou parenchymateuse. Elle peut atteindre au contraire le canal de Stenon, donnant une fistule stenonnienne canaliculaire.

La fistule parenchymateuse siège en un point quelconque de la glande, presque toujours en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, parfois en regard du masseter par atteinte d'un lobe accessoire ou du prolongement masseterin de la glande

Ce type de fistule est souvent confondu avec les fistules dûes à des canaux accessoires. Elle laisse sourdre une quantité relativement faible de salive.

La fistule stenonnienne, de beaucoup la plus fréquente, siège soit en avant du masseter (elle est alors pre-masseterine ou genienne), soit à la face externe du masseter (c'est une fistule masseterine)

La quantité de salive émise est plus abondante en général.

La nature de la lésion a aussi son importance. C'est ainsi qu'il faut distinguer les sections partielles tangentielles et les sections totales du Stenon.

Dans le premier cas, la salive s'échappera en partie par la fistule, en partie par l'ostium du canal.

Dans le deuxième cas, les deux extrémités du canal ont tendance à se séparer, se rétractent, le segment distal s'oblitére et s'exclut rapidement.

L'écoulement fistulaire varie parallèlement à l'importance de la lésion du canal.

Cette classification ne suffit pas par elle-même à diriger la thérapeuti-

que; il faut aussi considérer les fistules récentes non organisées des fistules anciennes organisées.

D'autre part, le degré d'infection de la fistule est aussi à considérer.

Y a-t-il ou n'y a-t-il pas d'infection ? Ceci est intéressant à connaître quant à la thérapeutique à suivre.

Celle-ci sera grandement facilitée après avoir élucidé ces diverses données.

CLINIQUE

L'orifice fistuleux, unique en général, parfois multiple, est le plus souvent petit, punctiforme; il siège au centre d'une zone d'aspect souvent inflammatoire, fongueux, macéré ou eczémateux, parfois au pied d'un bourgeon d'aspect botryomycosique. Cet orifice est parfois difficile à localiser en dehors des périodes de salivation.

Le siège de cet orifice est variable, peut déborder l'aire de projection de la parotide et de son canal du fait d'un trajet fistuleux long et irrégulier.

Cependant, le plus souvent, le siège de la fistule permet de préciser la portion atteinte. Le siège retromaxillaire se rapporte à une fistule glandulaire. Le siège masseterin et génien à une fistule canaliculaire.

L'aspect et l'abondance de l'écoulement devront être précisés.

L'aspect : - soit liquide clair, eau de roche fluide non visqueux,
- soit, en cas d'infection, liquide louche purulent.

L'abondance du liquide : Le liquide est habituellement peu abondant dans les fistules glandulaires retromasseterines ou masseterines. Liquide plus abondant lorsque le Stenon est lésé, son abondance étant en relation avec l'importance de la lésion du Stenon. Ces fistules siègent habituellement au niveau des régions geniennes ou masseteriennes.

C'est ainsi qu'une fistule de la région masseterine qui émet peu de salive peut être due aussi bien à une lésion du prolongement masseterin de la glande, à un canal secondaire ou encore à une section incomplète du Stenon. Cet écoulement n'est pas constant dans le temps. Il passe par des maxima au cours des repas et diminue entre ceux-ci. Il peut même parfois cesser complètement.

Les sensations gustatives et les mouvements de mastication augmentent l'écoulement. La quantité de liquide est parfois considérable et "inonde le malade" (Morestin).

L'examen clinique devra encore comporter le catheterisme d'une part par l'ostium du Stenon, catheterisme parfois difficile du fait du trajet en baïonnette

du canal dans sa portion terminale. L'examen est facilité en redressant le canal par une manoeuvre très simple qui consiste en une traction en avant et dehors de la commissure labiale.

Le catheterisme par l'orifice fistuleux devra aussi être tenté, trajet parfois fort court et très simple, trajet parfois long et ectopique.

En dehors de l'origine traumatique, l'anamnèse et le contexte clinique sont, en général, suffisants pour rapporter ces fistules à leur étiologie

Un examen clinique, même minutieux, n'apporte souvent pas les précisions suffisantes, et une sialographie devra être faite afin d'obtenir les renseignements nécessaires tant pour le diagnostic que pour la thérapeutique.

En effet, la sialographie, dont MM. Dechaume et Bonneau puis Gaide dans sa thèse ont bien codifié la technique, permet :

- de localiser le traumatisme soit à la glande, soit aux canaux secondaires,
- de préciser l'importance de la lésion.

Si la section est complète et porte sur le canal lui-même, tout le lipiodol fuse au niveau de la fistule, la glande n'est pas injectée. Par contre, si la section est partielle, la parotide s'injecte en raison inverse de l'importance de la section. Enfin, si la glande s'injecte, la sialographie nous fait apprécier la qualité du parenchyme.

En cas de fistule ancienne organisée, l'injection lipiodolée peut se faire par la fistule, la parotide s'injecte mais la portion antérieure du canal peut être exclue ou non.

Si cette portion antérieure est exclue, une intervention est nécessaire, son type est déterminé par le siège plus ou moins antérieur de la fistule.

Des examens paracliniques sont nécessaires et parfois même indispensables.

Ce sont, en cas de fistule infectée :

- des examens bactériologiques du liquide issu de la fistule,
- examen direct,
- culture.

et, si nécessaire, des recherches de résistance des germes aux antibiotiques qui permettront une thérapeutique mieux adaptée à chaque cas.

TRAITEMENT

De nombreuses thérapeutiques ont été préconisées. Les unes agissent directement sur la fistule, d'autres tendent à rétablir la voie naturelle, d'autres cherchent à dériver la salive vers la bouche par une voie artificielle, d'autres enfin essayent d'obtenir une exclusion de la glande.

L'OCCLUSION SIMPLE DE L'ORIFICE FISTULEUX

Il peut être obtenu :

- par des caustiques : résine de pin, poudre d'os de seiche et actuellement acide chromique, nitrate d'argent et acide trichloracétique,
- par des agents physiques : galvanocautérisation,
- par des agglutinatifs : application de collodion ou emploi de plâtre agglutinatif,
- par suture simple de la fistule,
- par excision de l'orifice fistuleux,
- par injection perifistuleuse de quinine urée
- enfin, Hesse a disséqué le trajet fistuleux jusqu'à la glande et, après l'avoir ligaturée, a recouvert le moignon à l'aide d'un volet aponévrotique rabattu d'avant en arrière et suturé à l'aponévrose parotidienne.

LE RETABLISSEMENT DE LA VOIE NATURELLE

- par suture bout à bout du canal de Stenon. Plusieurs techniques en ont été décrites. Dans un tel procédé, il est nécessaire de faciliter l'écoulement de la salive dans le canal et vers la bouche par un artifice de drainage. Dickinson emploie la soie, Black, Flagge et Sparkmann des sondes urétérales, Brohm et Bird des bougies filiformes, Christofferson le crin de cheval, Barclay préfère une sonde filiforme. Achard et Levraud de Marseille, dans un cas particulier, ont utilisé un drain en T. Ce drainage est fixé à la commissure labiale avec du sparadrap ou amarré à la canine. Ces techniques d'exécution très délicate, aboutissent bien souvent à l'exclusion de la glande sans doute par oblitération cicatricielle du Stenon.

- par autoplastie.

- par dilatation du bout distal du canal à l'aide de laminaires ou de sondes.

- Balbiani, en cas de section partielle du Stenon, préconise de nombreuses séances de cathétérisme et de dilatation.

La plupart de ces thérapeutiques facilitent l'infection rétrograde.

LA DERIVATION DE LA SALIVE VERS LA CAVITE BUCCALE

- par le procédé du seton de Louis (1757), introduction d'un fil dans le segment distal pour faciliter l'écoulement de la salive,
- par le procédé de Bérard qui remplace le fil par une canule,
- par transplantation du bout postérieur du canal dans la cavité buccale, procédé de Langenbeck (1831) modifié par Princeteau et Baillif (1899),
- par le procédé de la ponction simple de Deroy (1760), qui consiste à ponctionner la joue par l'orifice fistuleux et mise en place d'un drain retiré lorsque l'écoulement de la salive paraît assuré par la bouche, puis fermeture après avivement,
- par le procédé de la double ponction préconisé par Deguise (1811), puis modifié par divers auteurs. Il consiste en deux ponctions successives à étreindre dans une anse de fil l'épaisseur des parties molles au niveau du trajet fistuleux; le fil, en coupant les tissus, établit ainsi une communication permanente entre la fistule et la bouche. L'intervention se complète par suture après avivement de la fistule.
- Sasaki dissèque le canal, le reconstitue à l'aide d'un lambeau de muqueuse buccale, le réimplante puis suture la joue.
- Chubb dissèque la fistule munie de sa collerette cutanée, traverse la joue et suture le lambeau à la muqueuse.
- Vassiliev a employé un lambeau de muqueuse buccale retournée afin de rétablir le canal, technique voisine de celle de Sasaki.

L'EXCLUSION DE LA GLANDE OBTENUE

- par Coletti (1947) qui insuffle de l'air par la fistule sous forte pression, ce qui détermine un mouvement de l'épithélium vers le centre de la lésion et forme un tissu cicatriciel réparateur.
- par ligature du canal de Stenon préconisée par Morestin (1916) qui dit "le canal est étreint d'une ligature très serrée, pour plus de sûreté on peut l'enfouir dans les fibres du masseter ou dans la partie antérieure de la parotide, puis la réunion cutanée est effectuée sans drainage". On peut étreindre le canal de Stenon dans une double ligature au catgut chromé de façon à assurer plus efficacement encore l'imperméabilité du conduit.
- par des agents physiques. La Radiothérapie, employée à des doses de 600 à 1500 r en séances de 200 à 300 r tous les 2 ou 3 jours amène souvent la guérison de la fistule par sidération de la glande. Parmi les succès publiés, citons ceux de Leriche, Barbera, de Klinschmitt, de Koeps et de Wittkiwsky, qui concluent que la Radiothérapie est supérieure aux divers procédés imaginés depuis plus d'un siècle.
- par des agents pharmacodynamiques : atropine, belladone.
- par interruption des stimuli excito-sécréteurs.

- Konind recommande les massages et l'air chaud afin de déterminer, dit-il, un vif remaniement histologique ainsi qu'une analgésie qui contribue à la diminution et

à l'inhibition de la sécrétion.

- par l'arrachement du nerf auriculo-temporal dont voici la technique d'après Leriche : le procédé classique utilise l'incision de la ligature de la temporale superficielle. On trouve à côté de l'artère, soit le tronc nerveux lui-même, soit une de ses branches de division qu'il est facile de remonter jusqu'au tronc "on le suit alors jusqu'à son entrée dans le tissu glandulaire (et non à travers la glande); arrivé là, on tire doucement sur le bout central, sans secousse, il ne faut pas trop serrer la pince pour ne pas écraser le nerf et ne pas le couper. On arrive de cette manière à le dévider pour ainsi dire; lorsqu'on en a obtenu 3 cms environ, on éprouve une résistance, c'est celle de la cloison fibreuse de la parotide. Si l'on maintient la traction, la résistance cède, 1 cm de nerf vient encore, puis l'arrachement a lieu. On a alors dans le mors de la pince 4 à 5 cms du nerf et, quelquefois, on trouve à l'extrémité une série de petits rameaux qui sont ceux qui se distribuent à la glande" (Leriche. Société de Chirurgie).

Le nerf est découvert facilement toutes les fois que la région n'a pas été remaniée par blessure ou intervention antérieure. Dans ce cas, il est inutile de tenter la découverte d'un nerf dont l'arrachement sera généralement impossible car il nécessite précisément la mobilité du nerf. Des échecs ont été publiés sans qu'on sache toujours si l'échec a tenu à une intervention manquée ou à une réelle inefficacité de l'arrachement; inefficacité due à un tarissement provisoire avec persistance du trajet fistuleux ou inefficacité due à la continuité du flux salivaire.

- par alcoolisation du tronc terminal postérieur du trijumeau au trou ovale.
- par alcoolisation du nerf auriculo-temporal préconisée par Nuzzi en 1938, puis par Tufano plus récemment qui obtint un succès par ce procédé.
- par anesthésie de l'auriculo-temporal envisagée par Chippaux, Carailon et Greiner.
- par diminution des excitations de l'arc réflexe salivaire. Le procédé de Constantini consiste à maintenir le malade sans mouvement du maxillaire inférieur pendant plusieurs jours avec isolement et silence complet, alimentation réduite à un peu de liquide. La salive n'étant plus sécrétée, la plaie cutanée peut se fermer. L'usage de cette thérapeutique peut être facilitée par un blocage inter maxillaire
- par action sur le sympathique. Constantinescu pratique une sympatectomie cervicale.
- par parotidectomie. Surtout indiquée en cas de paralysie faciale avec fistule traumatique grave, celle-ci permet dans un même temps opératoire une intervention réparatrice sur le nerf facial.

Quelques remarques sont à faire à propos du traitement des fistules.

FISTULE INFECTÉE

L'expérience prouve que toute gêne, tout obstacle des voies salivaires amène une stase en amont, cette stase facilite le développement d'infection avec risque d'abcès et de fistulation.

Donc l'examen clinique devra rechercher tout signe d'infection du tractus salivaire infection parfois cliniquement latente que seuls des examens bactériologiques permettront de déceler

Cette infection devra donc être combattue avant et pendant le traitement.

OCCCLUSION SIMPLE DE L'ORIFICE FISTULEUX

Elle nécessite, pour réussir, soit une perméabilité suffisante des voies salivaires, soit une mise au repos de la glande afin d'obtenir une cicatrice solide en l'absence de salive.

Si la sidération de la glande est obtenue, le trajet fistuleux non organisé disparaît de lui-même, mais s'il est organisé, sa destruction se fera rarement spontanément; l'infection du trajet peut amener une destruction de l'épithélium et une cicatrisation, mais le plus souvent le trajet persiste et c'est dans ces cas qu'un échec aux traitements visant à la suppression du flux salivaire est à craindre.

Les thérapeutiques visant le rétablissement de la voie naturelle et la dérivation de la salive vers la cavité buccale réussissent souvent à guérir la fistule, parfois en drainant la salive vers la cavité buccale, parfois, comme le constatent Sebilleau et de nombreux auteurs, par exclusion de la glande, ces thérapeutiques aboutissant à une ligature du Stenon. En effet, la restauration d'un conduit salivaire perméable est bien moins vraisemblable que l'enserrement de celui-ci dans des cicatrices denses qui finissent par oblitérer la lumière du canal.

Quant aux thérapeutiques dites physiologiques ayant pour but l'exclusion de la glande, elles sont le plus souvent antiphiysiologiques.

Ces thérapeutiques sont-elles atrophiantes comme de nombreux auteurs semblent le penser ?

Si aucune constatation histologique n'a suivi la ligature du canal de Stenon, l'étude des modifications histologiques de la glande sous maxillaire, lors d'obstruction calculeuse du canal du Warthon, montre une disparition des acini glandulaires et le retour au type canaliculaire de la glande, faisant penser à une différenciation avec retour à l'état indifférent du parenchyme glandulaire.

Ces modifications, si elles sont dues à un obstacle sur la voie excrétrice, peuvent faire penser que la ligature du canal de Stenon amène des modifications semblables du parenchyme parotidien.

La radiothérapie n'obtient qu'une sidération momentanée de la sécrétion salivaire. Les doses dites sclérosantes n'étant pas employées dans la thérapeutique des fistules car elles sont disproportionnées au but à atteindre du fait des inconvénients, des accidents que de telles doses peuvent entraîner

Quant à l'arrachement du nerf auriculo temporel, Ferrarini, dans de nombreuses expériences pratiquées sur des chiens, nous donne la façon de se comporter de la parotide

privée de son nerf sécréteur.

- Disparition de l'élément sécréteur disséminé irrégulièrement dans la glande
- Augmentation du tissu conjonctif sans association d'une sclérose vraie et propre du parenchyme glandulaire,
- Caractère transitoire de ces lésions qui semblent passer par un maximum à la date d'un mois et demi après l'opération. A cette époque, non seulement elles cessent de croître, mais elles regressent.

Garnier, dans sa thèse sur les traitements des fistules salivaires par l'arrachement du nerf auriculo-temporal, rapportant ces faits sur le transitorisme des modifications histio-physiologiques, écrit que "l'intervention n'entraîne donc point de modification durable au point de vue histologique mais qu'au point de vue clinique, il en va autrement".

Cliniquement, ces trois procédés ne semblent pas suivis de modifications de la région parotidienne où l'examen ne peut déceler aucune atrophie de la glande.

Donc ni les données cliniques ni les données histologiques ne semblent prouver d'atrophie glandulaire.

De l'analyse des échecs des diverses méthodes, il ressort que tous peuvent être dûs à l'infection.

Les échecs des méthodes qui ont une action directe sur la fistule semblent dûs, en grande partie, à la mauvaise qualité de la cicatrice.

Les échecs des méthodes qui ont une action sur la sécrétion paraissent dûs au transitorisme de cette action et à l'absence de traitement de la fistule même.

Six observations ont été recueillies dans le service de Clinique de Stomatologie de l'Hopital de la Pitié. Elles sont dûes à l'extrême obligeance de Monsieur le Professeur Dechaume

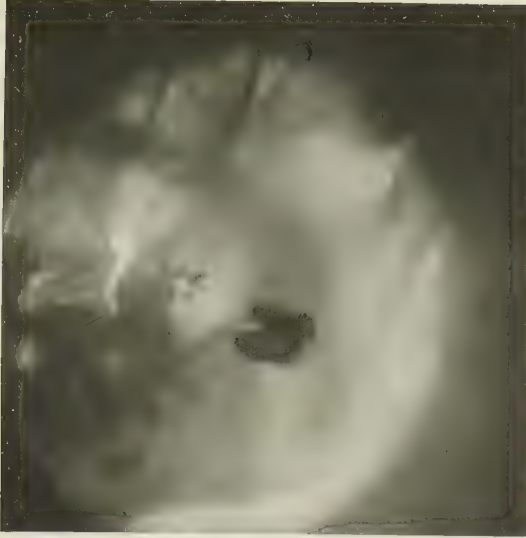
Trois d'entre elles se rapportent à une section totale du canal de Sténon. Par différentes méthodes, la guérison est obtenue, la glande parotide est exclue.

Dans les deux observations suivantes, il s'agit d'une section partielle du canal. L'une guérit avec conservation de la continuité du tractus salivaire; aucun résultat n'est obtenu chez l'autre, surtout par manque de coopération du patient.

Enfin la dernière observation met en cause une lésion parenchymateuse dont la guérison est acquise aisément.

Voici ces observations :

Observation n° 1



Observation n° 2



Observation n° 3



OBSERVATION N° 1

Le 17-7-53

Monsieur D né le 23 Septembre 1921, est victime d'un coup de couteau atteignant la région masseterine gauche.

A la suite de celui-ci, il présente une plaie nette, horizontale, s'étendant du bord antérieur du masseter au lobule de l'oreille.

A l'exploration de la plaie, une section du canal de Stenon est découverte, on suture cependant

Le 22-7-53

Quatre à cinq jours après la suture, le malade remarque au moment des repas un écoulement qu'il identifie spontanément à de la salive, cet écoulement se fait à la partie moyenne de la plaie suturée.

Une sialographie est alors pratiquée :

Tout le lipiodol injecté par l'ostium du canal de Stenon ressort par la fistule; la parotide ne s'injecte pas.

Le 16-8-53

C'est-à-dire une quinzaine de jours après, une tuméfaction importante de la loge parotidienne apparaît, le diagnostic de parotidite est évoqué; un traitement pénicilliné est institué, la tuméfaction disparaît en 10 jours.

L'écoulement se tarit pendant 4 à 5 jours puis réapparaît vers le début du mois de Septembre.

Le 15-9-53

Une intervention, dont voici le compte-rendu, est pratiquée : incision le long du canal de Stenon, le bout proximal du canal est découvert au ras de la parotide. Il est impossible de l'aboucher dans la bouche. Ce bout distal est repéré par cathétérisme rétrograde. Il existe une perte de substance qui ne permet pas la suture.

On est obligé de faire une greffe de saphène interne aux points séparés de fil de soie 000. La peau est suturée au lin. Un drainage filiforme est mis en place

Aucun écoulement ne se produit plus pendant quelques jours, puis réapparaît mais beaucoup moins abondant. Seule la compresse est légèrement imprégnée après les repas.

Le 23-9-53

Une sialographie est pratiquée.

Une partie du lipiodol passe dans la parotide qui est partiellement injectée, l'autre partie s'élimine par la fistule dont l'orifice est très étroit. Une tache lipiodolée en précise le siège (cliché n° 1).

Pendant 48 heures l'écoulement se produit encore mais très minime, puis cesse totalement.

Le 16-10-53

Le malade, revu à cette date, présente, à la partie moyenne de la cicatrice, une tuméfaction de la grosseur d'une noix, fluctuante, très ramollie en son centre, aucun orifice fistuleux n'est noté. Une nouvelle sialographie est alors pratiquée.

La partie antérieure du canal de Stenon s'injecte normalement. A la partie moyenne du canal, on note une suffusion du lipiodol dans le tissu cellulaire. La glande est totalement exclue (cliché n° 2)

Le 27-6-55

Le malade présente une cicatrice linéaire concave en haut, allant du lobule de l'oreille au milieu de la région génienne droite.

L'examen endobuccal n'a pas pu mettre en évidence l'écoulement à l'ostium du canal de Stenon.

Depuis le 16 Octobre 1953, c'est-à-dire depuis deux ans environ, aucun écoulement, aucune tuméfaction de la région ne s'est reproduit.

D'après cette observation, nous voyons donc que la sialographie a permis de contrôler un résultat opératoire excellent par lui-même puisqu'il aboutit au tarissement de la fistule, mais incomplet cependant puisqu'il se proposait de rétablir la continuité du canal.

La sialographie dans les suites opératoires nous a donc permis d'objectiver une exclusion progressive puis totale de la glande parotide.

OBSERVATION N° 2

Le 10-4-52

Monsieur H ..., 43 ans, victime d'un coup de rasoir, présente une plaie linéaire de la région masseterine et génienne gauche. plaie oblique en bas et en avant, allant du tragus à la région mentonnière. Cette plaie est suturée d'urgence.

Le 15-4-52

Cinq jours après, apparition d'une fistule qui laisse s'écouler un liquide clair, translucide, plus abondant au moment des repas.

Le 21-4-52

Cet écoulement amène le malade à consulter.

La plaie est cicatricée et l'on découvre facilement l'orifice de la fistule située à la partie inférieure de la cicatrice, dans la région masseterine, à 2 cm du bord basilaire. Cet orifice, non déprimé, à 2 mm de diamètre, il laisse couler un liquide clair. La mastication, la pression de la loge parotidienne, amènent l'écoulement.

Par ailleurs, il existe des signes de paralysie faciale périphérique:

- aplatissement de l'hémi-face gauche,
- effacement des rides frontales,
- signe de Charles BELL,
- impossibilité de siffler et de souffler,
- hypotonie de la joue.

Le 26-4-52

Une sialographie pratiquée montre :

Que le lipiodol n'injecte qu'un lobe de la parotide par l'intermédiaire d'un canal accessoire; le canal principal ne s'injecte que sur une très faible longueur, en arrière de l'abouchement du canal accessoire. Le lipiodol s'écoule par la fistule. Des ta-

ches lipiodolées, allongées de haut en bas et d'arrière en avant, nous indiquent le trajet fistuleux. On ne note pas d'image lipiodolée au niveau de la parotide (cliché n° 3).

Un traitement radiothérapique est alors conseillé.

Trois séances de radiothérapie à raison de 200 r par séance sont pratiquées les 25, 29 Avril et 3 Mai

Dès le 1er Mai la fistule s'est tarie.

Le malade reçoit encore une dose totale de 600 r en 3 séances.

Le 22-5-53

Un an après, la guérison de la fistule s'est maintenue, les signes de paralysie faciale subsistent.

Une nouvelle sialographie est faite.

Le trajet du Stenon est normal; on ne note pas de continuité canaliculaire; il existe un arrêt complet du lipiodol que la pression a fait fuser dans le tissu cellulaire (cliché n° 4).

Ici, l'exclusion de la glande a été obtenue après traitement radiothérapique.

Celui-ci a-t-il obtenu une sclérose glandulaire totale ou bien une sidération momentanée de la glande qui a permis une cicatrisation complète de la fistule, cette cicatrisation agissant comme une ligature du Stenon lorsque la glande s'est remise à fonctionner.

La seconde éventualité semble être la bonne; en effet, une dose de 1.200 r n'est pas considérée comme une dose suffisante pour aboutir à une exclusion complète de la parotide.

OBSERVATION N° 3

Le 8-2-55

Mademoiselle J ... est blessée lors d'un accident d'automobile. Elle présente une plaie par éclats de verre de l'hémiface gauche. Cette plaie linéaire, dont l'extrémité supérieure se situe à 2 cm,5 en avant du tragus gauche est concave en avant et intéresse successivement la région masseterine, puis la région génienne basse, et enfin la région mentonnière gauche, elle passe ensuite sous le menton pour se terminer selon une courbe concave en avant, au niveau de la région mentonnière droite.

Très hémorragique, cette plaie nécessite une transfusion; la suture est aussitôt pratiquée. Les jours suivants, un oedème diffus fait son apparition, il intéresse toute l'hémiface et persiste 5 à 6 jours. L'ouverture de la bouche est limitée, la mastication impossible. L'alimentation est strictement liquidienne. L'ablation des fils est pratiquée le huitième jour. Depuis lors l'alimentation se fait normalement, mais au moment des repas une tuméfaction masseterine fait son apparition; cette tuméfaction diminue peu à peu dans les heures qui suivent; elle ne s'efface qu'incomplètement pour réapparaître lors du repas suivant.

Le 23-2-55

Une ponction est pratiquée : l'analyse révèle qu'il s'agit de salive.

Le 17-3-55

25 jours après la date de son accident, la blessée est vue pour la première fois dans le Service. L'examen nous montre :

Une tuméfaction masseterine, bien limitée, arrondie, siégeant à cheval sur la cicatrice, d'un diamètre de 3 cm environ, sa consistance est assez molle, fluctuante. On note des signes de paralysie faciale périphérique :

- léger effacement du pli naso-génien,
- la bouche est déviée à droite lors de l'élocution,
- absence de contraction de l'orbiculaire gauche objectivé lorsque l'on demande à la patiente de siffler.

A l'ouverture de la bouche, il existe une latéro-déviation mandibulaire

gauche très importante, avec légère douleur de la région condylienne gauche.

L'examen endo-buccal s'avère normal. aucune salive n'est obtenue à l'ostium du canal de Sténon gauche.

Le 7-3-55

La tuméfaction masseterine est beaucoup moins importante, elle est toujours rythmée par les repas.

Le 14-3-55

La tuméfaction a totalement disparu et ne réapparaît plus jamais au cours des repas. On ne trouve toujours pas de salive à l'orifice du Sténon.

Une sialographie est pratiquée :

L'injection de lipiodol par l'ostium du canal de Sténon déclenche immédiatement une voussure sur la face interne de la joue. Le cliché pratiqué après l'injection de ce 1/2 cc. met en évidence un arrêt net du canal de Sténon avec image de 2 lobules accessoires plus ou moins sclérosés.

On essaie d'injecter 1/2 cc. supplémentaire, le cliché correspondant montre une diffusion du lipiodol dans le tissu cellulaire, mais le canal est toujours imperméable (cliché n° 5).

EN RESUME :

Nous avons vu apparaître un kyste salivaire à la suite d'une blessure intéressant le trajet du canal de Sténon avec section totale de celui-ci.

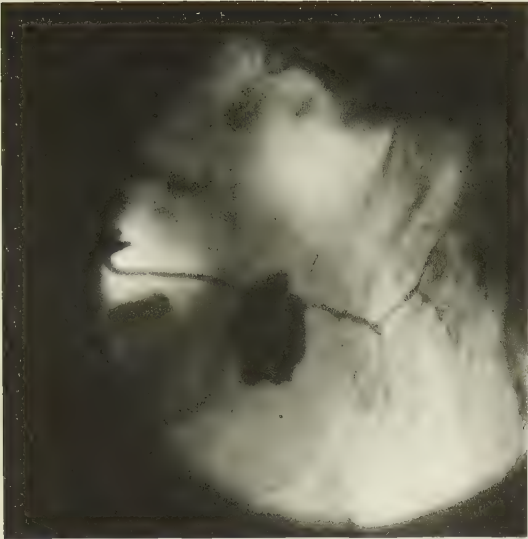
Comment expliquer l'absence de fistulisation de cette plaie ?

En reprenant l'observation de ce cas, nous avons vu que pendant les 8 premiers jours jusqu'à l'ablation des fils de suture, la blessée n'a pu ni parler, ni mastiquer, son alimentation étant alors strictement liquidienne. Ces faits suffisent seuls à expliquer la mise au repos de la glande pendant toute la période de cicatrisation par absence d'excitation buccale et arthrocinétique.

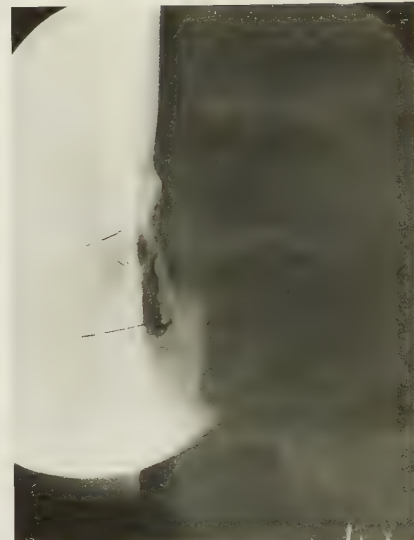
L'apparition du kyste s'explique de même. En effet, celui-ci est apparu lorsque les excitations glandulaires réapparurent : phonation, mastication.

La guérison spontanée de ce kyste sans l'aide d'aucune thérapeutique s'explique par l'exclusion de la parotide de la même manière qu'elle se fait par ligature du Sténon.

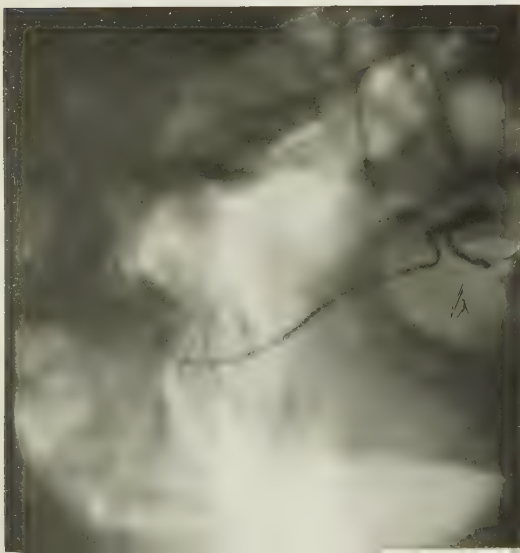
Observation n° 4



Observation n° 5



Observation n° 6



OBSERVATION N° 4

Le 13-2-53

Monsieur R . . . âgé de 50 ans, consulte sur l'avis de son médecin pour une fistule parotidienne; la chute d'une poterie, trois jours auparavant, a provoqué, en pleine région masseterine, une plaie verticale longue de 4 cm, située à 2 cm,5 en avant du tragus. De cette plaie la salive s'écoule plus abondamment au moment des repas.

Le 16-2-53

Une sialographie est pratiquée. Elle montre :

- que la glande s'injecte complètement,
- qu'il existe, juste avant les premières ramifications, une tache de lipiodol provoquée par l'issue du liquide dans le tissu cellulaire (cliché n° 6).

Il existe donc une plaie latérale incomplète du Stenon.

Une radiographie antéro postérieure montre que cette plaie siège à la partie la plus externe de la courbe que décrit le canal (cliché n° 7).

Une nouvelle radiographie prise une demi-heure après l'injection du lipiodol montre que celui-ci n'injecte presque plus la glande mais qu'une tache lipiodolée persiste dans le tissu cellulaire au contact de la plaie du canal.

Le 17-2-53

Sous anesthésie générale les lèvres de la plaie sont désunies pour évacuer le lipiodol, puis une suture est pratiquée.

Un traitement radiothérapique est institué pour mettre la glande au repos pendant un mois environ. Il est conseillé au malade de mastiquer et de parler peu. Le malade a subi deux séances de radiothérapie, les 18 et 21 Février, à raison de 200 r par séance.

Le 17-4-53

La cicatrisation de la plaie est parfaite. Depuis la suture, il n'y a eu aucun écoulement au niveau de la plaie; aucun phénomène inflammatoire, aucune tuméfaction n'ont

entravé sa cicatrisation.

Le 29-5-53

Cliniquement, il sort du Sténon un peu de salive épaisse.

Le 5-2-55

A cette date, la guérison est parfaite. Il n'y a pas d'épilation de la région parotidienne irradiée au niveau de laquelle la cicatrice est à peine visible.

La pression de la région parotidienne fait sourdre, par le canal de Sténon, un peu de salive claire mais épaisse.

Chez ce blessé, la guérison de la fistule avec conservation de la perméabilité des voies salivaires a été obtenue par suture sept jours après la plaie causale. La cicatrisation a été aidée par un traitement radiothérapique.

Ce blessé ayant été vu tôt après le traumatisme, il est indéniable qu'il était nécessaire d'agir afin d'empêcher l'organisation de la fistule.

La thérapeutique employée a permis la cicatrisation totale.

OBSERVATION N° 5

Le 27-10 52

Monsieur T ..., âgé de 41 ans, consulte. Il nous expose les faits suivants :

Depuis sa naissance, il aurait présenté au niveau de la région parotidienne gauche une petite tumeur mobile sur les plans superficiels et profonds. En 1935 puis en 1938 cette tumeur aurait augmenté de volume. En 1951, nouvelle augmentation de volume, la tumeur atteint le volume actuel : celui d'une cerise.

A cette époque, un chirurgien aurait conseillé de pratiquer des séances d'ultra-violets; un drainage est pratiqué, du pus s'écoule, la tumeur s'affaisse.

En Août 1952, à la suite d'accidents inflammatoires aigus, l'extirpation de la tumeur est décidée; l'intervention est pratiquée. Au décours de celle-ci, une fistule persiste; par elle s'écoule un liquide séreux, clair, transparent, elle est traitée au nitrate d'argent.

Aujourd'hui, au dire du malade, la fistule s'est considérablement tarie. Le malade, très craintif, déclare d'emblée qu'il ne veut subir aucune intervention.

A l'examen, on découvre la trace de l'incision : cicatrice verticale formant un sillon, longue de trois centimètres, située sous le lobe de l'oreille. A sa partie moyenne, se trouve une fistule ponctiforme qui laisse couler une petite quantité de salive, la région parotidienne n'est pas modifiée, pas de tuméfaction à son niveau. Il n'existe aucun signe de paralysie faciale.

Une sialographie est pratiquée. Le lipiodol fuse presque immédiatement par la portion inférieure de la cicatrice. Le cliché radiographique montre que le canal principal s'injecte seulement dans sa partie antérieure et moyenne, que trois lobules parotidiens s'abouchant dans la partie antérieure du canal sont injectés. La glande parotide est totalement exclue (cliché n° 8).

Un traitement radiothérapique est alors conseillé.

Le malade n'est revu que plus de deux ans après, le 3 Juillet 1955. Il nous apprend qu'un traitement radiothérapique a été effectué du 18 Juin 1953 au 7 Juillet 1953 - irradiation de la parotide avec une dose totale de 1500 r.

Dès la deuxième séance, la fistule s'assèche, mais deux mois environ après la fin du traitement, l'écoulement fait une réapparition progressive. A plusieurs reprises, la fistule se tarit pendant un ou deux jours; elle s'accompagne d'un gonflement douloureux de la parotide que le malade supporte très mal. Il n'a de cesse de rétablir l'écoulement en comprimant sa région parotidienne, en tirillant, en tendant, en pinçant sa cicatrice.

La cicatrice n'a pas changé d'aspect. Une fistule est retrouvée à sa partie moyenne, le cathéterisme permet de remonter jusqu'au niveau du tragus. Il est décidé, devant le refus de toute intervention de la part du patient, d'essayer quelques cautérisations et si elles n'aboutissent pas, de compléter le traitement par quelques séances de radiothérapie.

Quatre séances de cautérisation du trajet fistuleux sont pratiquées.

Trois mois après, le 2 Novembre 1955, le malade revient consulter. La fistule est tarie, mais le kyste s'est reformé. Une autre fistule passée vraisemblablement inaperçue lors de l'examen précédent est découverte à la partie inférieure du sillon cicatriciel à moitié masqué par un bourgeon charnu.

Une sialographie est pratiquée par cette fistule. La glande et le Stenon sont injectés. La fistule siège à la partie terminale du Stenon; elle centre les diverses arborescences de la glande (clichés n° 9, 10). Le malade persiste dans son refus de subir une intervention.

Le cathéterisme du Stenon par l'ostium est possible jusqu'à 1 cm environ de l'orifice externe de la fistule. Le cathéterisme de la fistule n'est possible que sur 4 à 5 mm suivant un trajet oblique en dedans et en haut.

Un traitement radiothérapique est alors décidé 1.200 r à raison de 6 séances de 200 r tous les deux jours en même temps que les cautérisations seront reprises.

Les deux premières séances sont pratiquées; à chaque séance, une cautérisation est effectuée. Le lendemain de la 2ème séance, la fistule se tarit en même temps qu'apparaît une tension douloureuse de la région parotidienne. Le patient décide alors d'interrompre tout traitement et n'a de cesse que l'écoulement reprenne, ce qui a lieu le lendemain.

De cette observation, plusieurs faits sont à retenir. L'échec du premier traitement radiothérapique qui a obtenu une sidération glandulaire momentanée, échec vraisemblablement dû à la persistance du trajet fistuleux. La salive ne trouvant aucun obstacle à son évacuation lors de la reprise de la fonction de la glande.

Echec du deuxième traitement qui n'a pu être conduit jusqu'à son terme dû à la pusillanimité du patient ainsi qu'à la restriction du choix de la thérapeutique.

OBSERVATION N° 6

Le 17-3-55

Monsieur R . . . , âgé de 50 ans consulte pour une fistule ponctiforme située en pleine région parotidienne sous le lobule de l'oreille droite, fistule émettant un léger suintement de liquide translucide.

En 1942, au cours d'un bombardement, ce malade est blessé et présente une plaie de la région parotido masseterine droite. Cette plaie, suturée d'urgence, ne s'est jamais totalement cicatrisée. Une fistule a persisté laissant s'écouler un liquide serotranslucide. De lui-même, le malade a identifié ce liquide à de la salive.

Cet écoulement, toujours plus abondant au moment des repas où quelques gouttes s'échappent de la fistule, ne persiste entre ceux-ci que sous forme d'un léger suintement.

Depuis 1942, aucun phénomène douloureux ni inflammatoire n'a été retrouvé. C'est donc douze ans après la plaie causale que le malade consulte pour la première fois.

L'examen de la région parotido masseterine droite nous montre une cicatrice linéaire en L renversé dont la branche verticale, légèrement oblique en bas et en arrière, longue de 1 cm environ, se situe en pleine région masseterine à 1 cm,5 en avant du lobule de l'oreille, la branche horizontale, longue de 1 cm,5, à cheval sur le bord postérieur de la branche montante, son extrémité antérieure se confond avec l'extrémité inférieure de la branche verticale.

La fistule qui est ponctiforme siège à la partie moyenne de la branche horizontale.

C'est une fistule plate ne faisant pas saillie sur les tissus voisins, aucune différence de coloration ne l'en distingue. La palpation, tant de la fistule que de la cicatrice, ne montre aucune induration. Aucune adenopathie, aucun trouble sensitif, aucun trouble moteur dans le territoire du facial n'ont été retrouvés.

L'ouverture de la bouche se fait normalement et l'examen endobuccal montre un orifice du Stenon normal; un écoulement de salive est noté à son niveau.

Signalons que, en gonflant ses joues le malade provoque un écoulement de salive et une expulsion d'air par la fistule.

Le 28-3-55

Une sialographie nous montre que la glande s'injecte parfaitement. Une à deux gouttes du liquide de contraste s'écoule par la fistule (cliché n° 11).

Sur un deuxième cliché où la fistule coïncide avec l'extrémité d'un stylet, nous voyons que celle-ci correspond à un lobule parotidien accessoire qu'un canalicule relie au canal de Stenon (cliché n° 12).

Le 8-6-55

Le malade en traitement pour tuberculose pulmonaire n'a pu être revu qu'à cette date.

La fistule persiste et ne s'est pas modifiée; son cathéterisme est possible sur 1 cm à peine suivant un trajet oblique de bas en haut et de dehors en dedans. Une cautérisation au nitrate d'argent en est aussitôt pratiquée.

Il est conseillé au malade d'avoir une alimentation semi-liquide et d'éviter de parler.

Le 23-6-55

La fistule est totalement tarie.

L'écoulement a disparu deux jours après la cautérisation pour ne plus revenir. Le malade très docile a suivi les conseils qui lui ont été donnés. Son alimentation a été semi-liquide pendant cinq jours.

Le 16-11-55

La guérison s'est maintenue. L'examen endobuccal montre un écoulement salivaire à l'ostium du Stenon.

Dans ce cas de fistule ancienne d'origine glandulaire ou canaliculaire, une action minime sur la fistule aidée d'une diminution des excitations salivaires a suffi à amener la guérison.

Dans la première observation, le but proposé était le rétablissement de la continuité canaliculaire, nous l'avons vu aboutir au résultat opposé, à l'exclusion de la glande. L'absence de sialographie de contrôle aurait pu faire croire à la réussite complète de la greffe.

Cette observation confirme ce que Sebileau pensait. Il se demandait en effet si les thérapeutiques proposées afin d'établir une dérivation interne de la salive n'aboutissaient pas à une exclusion de la glande par formation de tissu cicatriciel jouant le rôle de ligature du canal.

La seconde observation montre que le traitement radiothérapique, en obtenant une sidération du flux salivaire, a permis la cicatrisation de la fistule sans aucune intervention à son niveau. Signalons ici que la fistule était récente, non organisée et que le trajet fistuleux a ainsi guéri seul.

La troisième observation nous montre une double action :

- action sur la sécrétion elle-même. L'absence d'excitation du réflexe salivaire au niveau de la sphère buccale a amené un tarissement de la sécrétion salivaire.
- action sur la plaie sans se préoccuper du canal de Stenon; la cicatrisation de cette plaie sans apparition de fistule a été permise grâce à l'absence de flux salivaire. L'apparition d'un kyste salivaire lors de la reprise des excitations semble bien montrer qu'une fistule se serait manifestée si celles-ci n'avaient pas été interrompues lors de la cicatrisation de la plaie.

Dans la quatrième observation, il s'agit d'une section incomplète du Stenon. La thérapeutique a été double.

- action sur la sécrétion glandulaire afin de la tarir,
- action sur la fistule elle-même en suturant les plans cutanés.

Le résultat a été excellent puisque la continuité de la voie excrétrice a été respectée.

L'observation n° 5 montre que le premier traitement radiothérapique à la dose de 1500 r sans l'aide d'aucune action sur une fistule ancienne organisée a abouti à un échec.

Cela montre qu'une dose de 1500 r sur une parotide ne peut à elle seule prétendre obtenir un tarissement définitif de la glande.

L'échec suivant découle du manque de coopération d'un sujet pusillanime.

Enfin, dans la sixième observation, on met en évidence une fistule parenchymateuse d'une glande saine.

Cette fistule ne donnait qu'un écoulement minime, une action des plus simples sur le trajet fistuleux aurait à elle seule vraisemblablement amené la guérison. Celle-ci a été obtenue par une action conjointe sur la fistule et sur la sécrétion salivaire.

Dans les troisième-quatrième observations ainsi que dans la sixième, la thérapeutique a été double, d'une part en tarissant la sécrétion salivaire, d'autre part en intervenant au niveau de la fistule elle-même.

Dans la deuxième observation, l'action a été unique et a agi sur la sécrétion glandulaire, mais la plaie de la joue au niveau de la fistule était récente, la fistule non organisée, et il n'était pas nécessaire d'intervenir à son niveau.

Nous pouvons considérer que c'est seulement dans la cinquième observation que la thérapeutique n'a pas été double, elle a abouti à un échec.

EN CONCLUSION :

Le choix de la thérapeutique doit être adapté à chaque cas. Il est en partie déterminé par le siège de la fistule.

Les fistules glandulaires guérissent parfois spontanément. Leur cure en est généralement facile, sauf en cas d'infection.

Les fistules intéressant le canal de Stenon sont :

- soit prémasseuses et relèvent de thérapeutiques visant à dériver la salive vers la cavité buccale,
- soit masseuses auxquelles on peut adjoindre les fistules situées au bord antérieur du masseter.

Le traitement de telles fistules est souvent difficile et c'est surtout dans ces cas que l'action thérapeutique doit être triple :

- juguler toute infection,
- agir sur la fistule ou le trajet fistuleux afin d'obtenir une cicatrice solide. Cette action peut être des plus simples : cautérisation au fort complexe : autogreffe, plastie,
- agir sur la sécrétion salivaire afin de la tarir.

EN CONCLUSION

Le choix de la thérapeutique doit être adapté à chaque cas. Il est en partie déterminé par le siège de la fistule.

Les fistules glandulaires guérissent parfois spontanément. Leur cure en est généralement facile, sauf en cas d'infection.

Les fistules intéressant le canal de Stenon sont :

soit prémassesterines et relèvent de thérapeutiques visant à dériver la salive vers la cavité buccale.

soit massesterines auxquelles on peut adjoindre les fistules situées au bord antérieur du masseter.

Le traitement de telles fistules est souvent difficile et c'est surtout dans ces cas que l'action thérapeutique doit être triple :

juguler toute infection,

- agir sur la fistule ou le trajet fistuleux afin d'obtenir une cicatrice solide. Cette action peut être des plus simples : cautérisation au fort complexe : autogreffe, plastie.

agir sur la sécrétion salivaire afin de la tarir. Cette action peut être :

passagère : méthode de Constantini,

prolongée. radiothérapie,

ou tendre à être définitive : arrachement du nerf auriculo-temporal.

Cette triple action thérapeutique est valable pour tous les types de fistules. Elle doit tendre à l'intégrité des voies salivaires tout en sachant que ce but n'est pas toujours atteint; au contraire, l'exclusion de la glande en est souvent l'aboutissement.

Vu : Le Président de Thèse :

Monsieur le Professeur M. DECHAUME.

Vu : Le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris :

Monsieur le Professeur BINET.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD G. et LEVRAUD S.

Traitement chirurgical inédit des fistules du canal de Stenon.
Revue Stom. Août-Sept. 1954-55 n° 8/9 653-655.

ANDRE J.P.

Troubles de la sécrétion salivaire.
Arnette 1949, p.73 84.

ARSAC -

Sur le mode de ramification intra-glandulaire du canal de Stenon.
Soc. Anat. Paris 10 3-55.

BAILLEY H. et SKAFF V.

Repères chirurgicaux des déchirures et des fistules des canaux de la parotide.
Ann. Surg. Janvier 1949, 129, n° 1 103-108.

BAILLIF -

La chirurgie des fistules du canal de Stenon.
Thèse Méd. Tome 84 n° 962.

BALBIANI H.E.

Fistules du canal de Stenon.
Rev. Stom. Février Mars 1953-1954, n° 2/3 147-154.

BARBERA -

La radiothérapie dans les fistules salivaires.
Rome H. Policlinico, Oct. 1936, p 1773.

BARCLAY L.T.

Fistule salivaire de la parotide.
Brit J. Plast. Surg. Oct 1952, 5, n° 3, 205-206.

BERCHER J., PARRET J., HENAULT M.

Traumas et fistules 220.573.

BOISSON R.

Quelques aspects de la pathologie des glandes salivaires.
Arch. Stom. Janvier 1955, 10, n° 1, 1-11.

BONNEAU M.

Intérêt de la sialographie dans les affections des glandes salivaires.
Rev. Odont. 1953, p.480.

BREMOND G.A. et PECH A.

Physiologie de la parotide.

BURCH R.J. -

Fermeture spontanée d'une fistule de la parotide à l'aide de la banthine.
Oral Surg., Oral Med., Oral Path., Oct. 1953, 6, n° 10, 1191-1194, 4 fig.

CARAYON et GREINER -

Reflexions sur le traitement chirurgical des fistules parotidiennes glandulaires - Société de Chirurgie de Marseille 2-7-51.

CHAPELLE M. -

Un cas de fistule salivaire du canal de Stenon d'origine dentaire.
Rev. Odont. 1929, p.454.

CHAPUIS A. -

Fistules salivaires POS. 152.

COOK J. -

Traitement d'une fistule parotidienne.
The Lancet 15-2-37.

CONSTANTINESCU -

Contribution au traitement des fistules parotidiennes
Zbl. Chir. 6-3-43, 70, n° 10, 357-359

COSTANTINI H. -

Une nouvelle méthode de traitement des fistules parotidiennes. Cautérisation et cure de silence.
Afrique Franç. Chir., Mai-Août 1945, n° 3/4, 65-68.

DECHAUME M. -

Précis de Stomatologie, p.601.

DECHAUME M., BONNEAU M. -

La sialographie, méthode de diagnostic dans les affections des glandes salivaires.
Presse Méd. 1951, n° 28, p.561.

DELARUE -

Thérapeutique chirurgicale des fistules salivaires.
Tome 101, n° 1229.

FABRE A. -

Un cas de fistule traitée par l'opération de Leriche.
Montpellier Thèse Méd. 1920-1921, n° 130.

FAYOLLAT J. -

Du traitement actuel des fistules salivaires parotidiennes.
Alger Thèse Méd. 1924, n° 25.

FISHLER H.W. -

Repair of the parotid fistula a case report.
Archives of otolaryngology (Chicago) 61-3 Mars 1955.

GAIDE B.F.M.J. -

Intérêt de la sialographie pour les fistules parotidiennes.
Thèse Paris, 1951, 31 pp., 4 fig.

GARNIER H. -

Du traitement des fistules salivaires par arrachement du nerf auriculo-temporal.
Lyon Thèse Méd. 1919-1920 n° 259.

GINESTET et SOUEF -

Fistules parotidiennes guéries par arrachement du nerf auriculo-temporal.
Rev. Stomat., Oct. 1947, 48, n° 10. 640-641.

GOGUEL SM. -

La salive humaine.
Paris Thèse Méd. 1949, n° 678.

GREZ -

Fistule salivaire -
Revista Dental de Chile. Rev. Stom. 1938 p. 130.

GUIRRIE. -

Sur un cas de fistule salivaire de la parotide. Traitement par la resertion du
nerf auriculo temporal.
Bordeaux Thèse Méd. 1919-1920, n° 95.

HAUBERRISSER E. -

La méthode opératoire pour la fistule parotidienne.
Beitr. klin. Chir., 1950, 180, n° 4, 565-570, 3 fig.

JONCKHEERE -

Sur deux cas de fistule salivaire.
Société Clinique des Hopitaux de Bruxelles 8 Mai 1937.

LEBOURG L. et CREPY C. -

Fistules salivaires.
Actualités Odonto-Stom., Déc. 1954, 8, n° 28, 507-524, 17 fig. (Bibliogr.).

Considération sur les fistules du canal de Stenon.
Revue Odontologique Juillet-Août 1935.

MILHIET -

Traitement des fistules salivaires.
Le Progrès Médical n° 18, 1935, p. 742.

MULER -

Fistule parotidienne traitée par résection du nerf auriculo-temporal (Présenté
par M. Lemarié). - Ann. Oto-laryng., 1953, 70, n° 1, 53-54.

OLIVIER M. -

Fistule salivaire guérie par dilatation à laminaire du canal de Stenon.
La Presse Médicale 1946, n° 50, p. 688.

RAISON J., LEPOIVRE M., COMMISSIONAT Y. -

Section traumatique du canal de Stenon.
Revue de Stomatologie, T. 56, n° 5, 1955.

REDON -

Chirurgie des glandes salivaires.
Masson 1955.

ROCHETTE M. -

Traitement d'une fistule tenace de la parotide par injection.

ROUSSEAU -

Contribution à l'étude du traitement des fistules du canal de Stenon.
Tome 32, n° 272.

RUIZ DE TERMINO et DIAZ LOPEZ -

Fistules salivaires du canal de Stenon.
Annales Espanoles de Odontes-tomatologia 1945, n° 11.

SHAW MH. -

Parotid antral fistulo.
Brit. J. Plast. Surg. 4 298-299, 52.

SOHN A. -

Fistula parotid conservative Therapy,
Chir. 22, 565-566, Déc. 51 G.

STAUB M.J.M. -

Contribution à l'étude du traitement des fistules salivaires de la glande parotide et en particulier par la résection du nerf auriculo-temporal.
Thèse Méd. 1919-1920, n° 113.

TUFANO A. -

Alcoolisation du nerf auriculo-temporal dans les fistules parotidiennes.
Contribution anatomo-clinique.
Napoli Rassegna internazionale di clinica e terapia, vol. 35, n° 7, 1955.

